Rok XXXII. Kraków, 2. Grudnia 1893. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{3}$ „	„ 6 „

†

Prof. Dr. Longin Feigel.

W poniedziałek, dnia 27. listopada r. b., tłumy publiczności i liczne grono kolegów odprowadziły na cmentarz łyczakowski we Lwowie zwłoki ś. p. prof. Dra Longina Feigla, który po długich a ciężkich cierpieniach zmarł w wieku stósunkowo młodym, bo licząc zaledwie lat 48. Czcigodna postać Zmarłego była znaną światu lekarskiemu z powodu pięknych prac naukowych, znaną była również zaszczytnie sądownictwu i licznej rzeszy prawników, albowiem Zmarły spełniał przez lat kilkanaście trudne obowiązki lekarza sądowego w okręgu Sądu krajowego lwowskiego a nadto wykładał medycynę sądową we Wydziale prawniczym Uniwersytetu lwowskiego.

Jako asystent katedry anatomii patologicznej w Krakowie i współpracownik nigdy niezapomnianego prof. Dra Biesiadeckiego, cieszył się Zmarły miłością i uznaniem uczniów a dzięki znakomitym zdolnościom i wprawie w badaniach anatomo-patologicznych, uzyskał w młodym wieku, bo licząc zaledwie lat 26, nader ważną posadę prosektora szpitala lwowskiego. — Zdobyczami naukowemi, uzyskanemi z obfitego materyału szpitalnego, dzielił się on chętnie z Towarzystwem lekarskiem lwowskiem; to też w uznaniu znakomitej jego czynności naukowej wybrała go jednomyślnie sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich swoim prezesem na rok 1892.

W zaraniu swych lat młodzieńczych nie wahał się nieść życia w ofierze a później jako radny miasta Lwowa wplatał do wieńca zdobyczy naukowych także listki wawrzynu zebrane z prac na arenie działalności obywatelskiej. Ciężka choroba chroniczna paraliżowała niestety najlepsze jego chęci i zamiary i podziwiać należało tę mrówczą pilność i troskliwość, z jaką mimo przykrych cierpień poświęcał się zmarły nasz kolega swemu zawodowi, dbając zawsze o przysporzenie medycynie polskiej znamienitych sukcesów naukowych.

Z ostatniej wystawy lekarskiej, odbytej w r. 1891, przypominamy sobie wszyscy prześliczne jego preparaty anatomo-patologiczne a pilni czytelnicy *Przeglądu Lekarskiego* znajdą w łamach tego pisma, w każdym niemal roczniku, piękne rozprawy jego pióra z dziedziny anatomo-patologicznej lub też medycyny sądowej!

Rozległa jego wiedza zawodowa i niepospolite wykształcenie ogólne, powszechnie uznana i ceniona łagodność charakteru i uprzejmość, zniewalały ku niemu serca wszystkich, którzy się z nim stykali; to też powszechny żal ogarnął wszystkich kolegów i licznych znajomych na wieść o jego śmierci, chociaż nie była ona niestety już niespodzianką od kilku tygodni. Cześć pamięci zacnego kolegi i profesora! Cześć zacnemu obywatelowi a ziemia niech mu lekką będzie! *Dr. Obt.*

II. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał
Dr. Jan Prus we Lwowie.

Przed 10 laty Morvan, lekarz francuski w Lannilis[1]), opisał po raz pierwszy zbiór pewnych objawów chorobowych pod nazwą *Paréso-analgésie des extrémités supérieures* (*panaritium analgicum*), podając jako charakterystyczne cechy tej nowej choroby: bóle newralgiczne w kończynie górnej, niedowład połączony z zanikiem mięśni ręki i przedramienia, zniesienie czucia bólu (*analgesia*), upośledzenie czucia dotyku (*anaesthesia*) i upośledzenie czucia temperatury (*thermoanaesthesia*) na ręce lub całej kończynie górnej a czasem i na innych częściach ciała, obok tworzenia się ropni na palcach (*panaritium*). Ropnie te z początku pojawiają się w zwykłej formie; wkrótce jednak okazują cechy cięższe, destrukcyjne, przenoszą się z jednego palca na drugi lub na kilka palców, są najczęściej niebolesne, goją się często z wydaleniem falang, wracają po latach znowu na najrozmaitszych miejscach palców. Czasem są tylko pierwsze ropnie bolesne, późniejsze prawie zawsze niebolesne. Do tego dołącza się popękanie skóry w fałdach międzypalcowych i głębsze owrzodzenia podobne do *mal perforant*. Paznogcie kurczą się i ulegają owrzodzeniu, ręce są zimne i sine. Dolne odnogi są bardzo rzadko siedzibą tej choroby. Przebieg choroby rozciąga się na lata i dziesiątki lat. Z powodu zniekształceń rąk jest zdolność chorych do pracy nadzwyczaj ograniczona. Choroba pojawia się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, nie oszczędza jednak żadnego wieku.

Wkrótce po ukazaniu się pierwszej pracy Morvana wielu badaczów starało się wykazać, że choroba Morvana nie jest odrębną chorobą, lecz stanowi tylko pewną odmianę tak zwanej *syryngomyelii*, choroby polegającej na tworzeniu się jam w rdzeniu pacierzowym, zwłaszcza w części szyjnej i piersiowej i zniszczeniu mniejszych albo większych obszarów tylnej lub przedniej części substancyi szarej rdzenia pacierzowego.

Że w ludzkim rdzeniu pacierzowym wytworzyć się mogą nieprawidłowe jamy, wiadomo już od dawna.

Pierwsze dokładniejsze spostrzeżenie datuje się od Morgagniego i Santoriniego (*Advers. anat. VI. Lugd. Batav. 1740. — Animadver. XIV. p. 17 et 18*). Odnosi się ono do rybaka weneckiego, o którego sposobie życia i nerwowych zboczeniach nic nie podano, u którego jednak rozległe jamy w rdzeniu pacierzowym znalazły się zupełnie przypadkowo. Nieco ciemny przypadek obserwowany był już w r. 1688 przez Brunnera (*Miscell. natur. curios. Dec. III. Ann. I.)* i wspomniany w Sepulchretum Boneta (*Edit. II. Genf. 1700. Lib. I. p. 394* i n.). W każdym razie te dwa spostrzeżenia wydają się najstarsze.

W późniejszych dwóch stuleciach liczba podobnych spostrzeżeń wcale nie była wielką a aż do ostatnich czasów przedmiot ten zwracał uwagę więcej ze strony anatomicznej, niż klinicznej.

Według propozycyi Simona (*Arch. f. Psych. V. p. 120*) dla przypadków, w których jest li tylko rozszerzenie preegzystującego (prawidłowo istniejącego) przewodu środkowego (*canalis centralis)*, zatrzymano dawną nazwę *hidromyelii*, tam zaś, gdzie oprócz prawidłowego przewodu środkowego są jeszcze inne szpary patologicznie wytworzone, przyjęto powszechnie nazwę *syryngomyelii* (σύριγξ = rura, μύελος = rdzeń), użytą naprzód przez Olliviera *(Maladies de la moëlle épinière. Paris. 1823)*. Gdy badania anatomo-patologiczne wykazały, że znajdywane w syryngomyelii jamy w rdzeniu pacierzowym powstają po największej części z rozpadu nowo wytworzonej tkanki neurogliowej, czyli innemi słowy, gdy przekonano się, że nim jama się wytworzy, buja przedtem tkanka neurogliowa, zaczęto również używać drugiej nazwy a mianowicie *gliomatosis* lub *glioma centrale medullae spinalis*.

Baczniejszą uwagę pod względem klinicznym zaczęto zwracać dopiero w najnowszych czasach, kiedy Kahler, Schultze, Roth i inni wykazali, że syryngomyelię można rozpoznać za życia.

Do klinicznych objawów syryngomyelii należą głównie zboczenia w czuciu, zboczenia naczynio-ruchowe, zboczenia odżywcze czyli troficzne w skórze, zaniki mięśniowe i zboczenia w zakresie ruchu. W jaki sposób i w jakim zakresie objawy te rozwijają się, uważam za konieczne dokładniej nieco przedstawić, trzymając się głównie cech podanych przez Rotha (*Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire. Archives de Neurologie. Vol. XV. XVI. 1888*).

Co się tyczy zboczeń czucia, to uwydatnić przedewszystkiem należy tę okoliczność, że w syryngomyelii jest najczęściej t. zw. częściowe porażenie czucia (*partielle* czyli *dissociirte Empfindungslähmung)*, to znaczy, że nie wszystkie rodzaje czucia są zniesione a mianowicie czucie temperatury jest zniesione (termoanestezya), podczas gdy czucie bólu, dotyku i lokalizacyi oraz czucie ucisku i czucie mięśniowe są nienaruszone. Po dłuższem trwaniu choroby przyłącza się zwykle do termoanestezyi także porażenie czucia bólu a czasem także porażenie czucia dotykowego. W takich razach obszar termoanestezyi jest zazwyczaj większy, niż obszar analgezyi a wyjątkowo tylko obszary te pokrywają się zupełnie.

W pierwszym okresie choroby porażenie czucia temperatury może ograniczać się do bardzo małego obszaru, n. p. ręki; w późniejszym okresie termoanestezya może zajmować całą powierzchnię ciała. W kilku przypadkach mógł Roth obserwować stopniowe rozszerzanie się termoanestezyi z obszaru nieznacznego na całe ciało. Niewiadomo, czy na błonie śluzowej ust i języka również może być porażenie czucia temperatury. Rozpostarcie się termoanestezyi jest całkiem niezwykłe; ogranicza się bowiem w sposób niesymetryczny, rozpościera się na najrozmaitsze obszary lub pasy i to nie tylko w początkowych, lecz i w końcowych okresach choroby. I tak na kończynie górnej termoanestezya zajmuje zazwyczaj część górną ramienia lub rękę, na tułowiu zajmuje obszar odpowiadający rozgałęzieniu się nerwów piersiowych dolnych (*n. thoracici infer.*) i korzeni górnych lędźwiowych; na głowie, łokciu i klatce piersiowej ogranicza się termoanestezya od góry i od dołu liniami prawie poziomemi. Termoanestezyą nawiedzone są najczęściej kończyny górne; zazwyczaj tylko jedna z nich a następnie okolica klatki piersiowej, przyległa aż do linii środkowej ciała, później odpowiednia dolna kończyna a czasem nerw troisty. To połowicze porażenie czucia nie zajmuje całej

[1]) w Bretanii, departament Finistère.

połowy ciała w równej mierze, lecz różne obszary okazują różne stopnie upośledzenia czucia temperatury, gdy w niektórych odosobnionych miejscach może być czucie prawidłowe. Obszary termoanestetyczne mogą jakiś czas pozostawać bez zmiany, nawet do 10 lat; mogą się ścieśniać chwilowo, zwykle jednak mają dążność do ciągłego rozszerzania się na całą powierzchnię ciała.

Stopień termoanestezyi bywa rozmaity. — Utrata zupełna czucia temperatury zdarza się względnie rzadko. Chory uczuwa zimno śniegu, woda gorąca sprawia mu uczucie ciepła; zazwyczaj chory nie przypuszcza istnienia swej anestezyi termicznej, jakkolwiek nie może odróżnić różnicy w ciepłocie 20—30°. Czasem w chwili badania stopień termoanestezyi w jednem i tem samem miejscu okazuje różne odmiany tak, że chory odczuwający kilka razy w jednym ciągu (raz po raz) różnicę 3° a nawet 2°, nie rozpoznaje w 5 minut później różnicy 20°. Zdaje się, że w tych przypadkach jest pewne osłabienie czucia z powodu przedrażnienia (*faiblesse irritable*). W jednym przypadku Rotha w okolicy łopatki lewej o średnim stopniu anestezyi, znajdywało się bardzo znaczne upośledzenie czucia temperatury (dotknięcie śniegiem było dla chorego obojętnem), gdy w symetrycznej okolicy po stronie przeciwnej (prawej), przedmiot odczuwany po stronie lewej jako ciepły, nie sprawiał uczucia ciepła a natomiast śnieg był ciepły, nie sprawiał uczucia ciepła a natomiast śnieg był odczuwanym, jako zimno. W niektórych miejscach była jakby hiperestezya względna na zimno lub ciepło. Czasem zdarza się perwersya czucia, t. j. przedmioty zimne wydają się ciepłemi i na odwrót.

Zniesienie czucia bólu cechuje się również rozpostarciem się w kształcie pasów; zazwyczaj ściśle jest odgraniczone linią środkową ciała tam, gdzie nie styka się z upośledzeniem czucia po stronie drugiej. Schultze wykazał, że błona śluzowa ust i języka może być także znieczulona. Czucie bólu może być przez długi czas nienaruszone. W jednym przypadku Rotha upośledzenie czucia bólu przyłączyło się do termoanestezyi dopiero po 14 latach. Upośledzenie czucia bólu może zajmować albo tylko pewne części obszarów nawiedzonych termoanestezyą albo mieścić się może w tych samych granicach, co i termoanestezya, albo wreszcie istnieć może w obszarach niedotkniętych termoanestezyą. Jednakowoż ani Roth, ani inni autorowie nie dostrzegli upośledzenia wyłącznie tylko czucia bólu bez równoczesnej termoanestezyi.

Zwolnienie przewodnictwa bólu obserwował Roth i inni, przypadki jednak tego rodzaju są rzadkie.

Czucie dotyku i lokalizacyi bywa zwykle nienaruszone; wyjątkowo pojawia się tu i owdzie upośledzenie czucia dotyku na małym obszarze; w znaczniejszych zaś obszarach zdarza się anestezya jako objaw drugorzędny, zależny od zmian w tylnych sznurach rdzenia pacierzowego, co cały obraz chorobowy syryngomyelii może zatrzeć zupełnie. W przypadkach, w których jest upośledzenie czucia bólu, występują także zboczenia w czuciu ucisku.

Czucie mięśniowe jest zachowane we wszystkich przypadkach a upośledzenie jego zdarzyć się może tylko tam, gdzie następowo schorzała biała substancya rdzenia pacierzowego.

Z podmiotowych uczuć, na które żalą się chorzy, uwydatnić należy: uczucie ziębienia, wrażliwość członków na zimno, uczucie zimna, rozlanego pod skórą, uczucie ciepła, potęgujące się aż do bolu, uczucie gotowania w członkach, ściskanie, uczucie ciała obcego w boku lub na grzbiecie i mrówienie. Uczucia podmiotowe nie mają wyłącznie swej siedziby w skórze, lecz bywają czasem odczuwane głębiej a mianowicie w mięśniach pod formą bólu lekkiego głuchego lub ściskania. Wogóle bóle w tej chorobie nie są mocne, często podobne są do bólów newralgicznych, występują w napadach trwających po kilka chwil lub godzin, pojawiają się w członkach, w karku, klatce piersiowej, w stawach, nerwach, stosie pacierzowym lub w mięśniach zanikających a w niektórych przypadkach trwają dnie, tygodnie a nawet mjesiące z pewnemi zmianami w natężeniu.

Zboczenia naczyniowo-ruchowe nie są rzadkie. Najczęściej dostrzedz można zwężenie naczyń, zwolnienie krążenia krwi w skórze, zaczerwienienie skutkiem zastoju żylnego, któremu towarzyszy oziębienie się członków. W niektórych przypadkach bodźce mechaniczne drażniące skórę, wywołują miejscowe przekrwienie bardzo mocne, nawet z wynaczynieniem krwi w brodawkach skóry, *hommes autographiques*. Czasem pojawiają się czerwone plamy na skórze. Morvan wspomina o wybroczynach w narządach wewnętrznych. Poty są zwykle zwiększone w obszarze znieczulonym; rzadziej zdarza się zmniejszenie wydzielania się potu. Źrenice czasem rozszerzają się nierówno.

Zboczenia odżywcze w skórze i w tkance podskórnej napotyka się częściej, niż w połowie przypadków. Na skórze dłoni i palców zdarzają się zgrubienia przyskórka. U robotników wytwarzają się często rozpadliny w skórze sięgające aż do ścięgien zginaczy palców (*tendovaginitis, phlegmone*). Pęcherze na dłoniach i na palcach są częstym objawem syryngomyelii. Czasem zauważyć można *eczema squammosum* lub *impetiginosum*. Kahler widział obumarcie skóry z wytworzeniem się blizny keloidowej. *Panaritium* i *phlegmone* w rozmaitych okolicach, zwłaszcza na kończynach górnych, trafiają się stósunkowo często w przebiegu choroby. Tego rodzaju schorzenia rozwijają się nieraz na kilka lat przed wystąpieniem innych objawów, które chory dostrzedz może. Tworzenie się guzów ciastowatych, ograniczonych w tkance podskórnej, którym nie towarzyszy zaczerwienienie skóry, zależy nie od samego obrzmienia miejscowego, lecz od nacieku zbitego. Guzy trwają czasem długo, czasem znikają same (rozchodzą się). Czasem zauważyć można zmiany w pochewkach ścięgnistych, unieruchomiające stawy pomiędzy członkami palców, przewlekłe bolesne zapalenia większych stawów (n. p. barkowego) ograniczające ruchy, albo też znaczne zgrubienia końców kości śródręcza w stawie wielkiego palca po obu stronach. Widziano także zwichnienia i złamania kości, przyczem chorzy nie doznawali prawie żadnego bólu. Czasem zdarza się obniżenie ciepłoty ciała i ogólne wychudnienie.

Zanik mięśni jest wczesnym objawem choroby; rozwija się jednak powoli, nie okazuje wielkiej dążności do uogólnienia się. Zanikowi ulegają najczęściej mięśnie ręki i to czasem w stopniu bardzo znacznym, przyczem wytwarza się obraz, uważany jako charakterystyczny dla postępowego zaniku mięśni, pojawiającego się skutkiem schorzenia rdzenia pacierzowego (typ: Aran-Duchenne-Charcota). W innych przypadkach zanikają mięśnie łopatkowe i ramieniowe podobnie, jak w zaniku mięśni postępowym idyopatycznym (typ: łopatkowo ramieniowy Landouzy-Dejerina). Czasem zanik ogranicza się tylko do jednej strony. Zanik

mięśni na kończynach dolnych jest niesłychanie rzadki, bywa w ogóle nieznaczny i nie odpowiada stopniowi porażenia. Mięśnie uległe zanikowi, badane prądem elektrycznym, okazują często reakcyę zwyrodnienia mniej lub więcej wybitną. W niektórych przypadkach zanik mięśniowy występuje dopiero po długiem trwaniu choroby.

Niedowład zdarza się najczęściej w kończynach górnych i jest zwykle znaczniejszego stopnia, niżby to zanikowi mięśni odpowiadać mogło. Czasem zboczenia ruchowe ograniczają się przez długi czas tylko do pewnej niezgrabności w ruchach ręki, do lekkiego utrudnienia w pisaniu i t. p. Dodać należy, że skutkiem niedowładu mięśni grzbietowych (Roth) lub z przyczyny zmian odżywczych w kręgach (Bernhardt) rozwija się często skrzywienie stosu pacierzowego; następstwem porażenia nerwu łokciowego jest ustawienie palców w kształcie szponów (*main en griffe*, *Klauenhand*) a z powodu porażenia mięśni zaopatrywanych przez nerw sprychowy ręka przyjmuje ułożenie tak zwane kaznodziejskie (*main de prédicateur*, *Rednerhand*). Czasem zdarzają się zesztywnienia stawów z powodu zaników mięśni. Z początku tak zanik jak i niedowład mięśni umiejscawia się po tej samej stronie, po której istnieją zboczenia czucia. Później zanik i osłabienie mogą być wybitniejsze po tej stronie, po której zmiany w czuciu mniej są rozwinięte. Wybitniejsze zboczenia ruchowe pojawiają się wówczas, gdy sprawa chorobowa rozszerza się na substancyę białą rdzenia pacierzowego. Gdy sprawa chorobowa rozszerzy się na rdzeń przedłużony, widzieć można objawy opuszkowe i objawy ze strony nerwu okoruchowego. Drgania włókienkowe mięśni rozmaicie się zachowują, stósownie do umiejscowienia się sprawy chorobowej w rdzeniu pacierzowym.

Wszystkie objawy opisane mogą w przebiegu choroby w rozmaity sposób rozwijać się i różnie łączyć ze sobą. Najczęściej pierwszym objawem syryngomyelii jest upośledzenie czucia temperatury, później pojawiają się rozmaite uczucia podmiotowe lub zmiany odżywcze, następnie zboczenia w czuciu bólu lub zboczenia ruchowe i zanik mięśni. Nie można jednak przemilczeć, że nawet po wielu latach nie pojawia się czasem większa część tych objawów typowych i że w niektórych przypadkach brak jest jakiegokolwiek zboczenia czucia, z czego wynika, że dla syryngomyelii nie ma ani jednego ściśle patognomicznego objawu,

Porównawszy dopiero co przytoczony opis syryngomyelii z opisem choroby Morvana uderzyć nas musi znaczne ich podobieństwo a w obec tego nie może nas dziwić, że niektórzy badacze nie chcieli wcale chorobie Morvana przyznać odrębnego stanowiska w patologii, lecz że chorobę tę uważali tylko za pewną formę syryngomyelii. Zdanie to podziela Broca (*Note sur les scolioses trophiques Gaz. hebdom. 1888. Nr. 39*) również Bernhardt (*Syryngomyelie und Scoliose. Centrbl. f. Nervenheilk. 1889. Nr. 2*) zwraca uwagę na identyczność choroby Morvana z syryngomyelią a to głównie opierając się na objawach ze strony zboczeń odżywczych w skórze, w mięśniach, kościach a w szczególności na rozległych sprawach zapalnych, toczących się na palcach rąk i w ogóle w kończynach górnych. Schultze (*Zur Kenntniss der Lepra. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43*) zwrócił także uwagę na podobieństwo choroby Morvana do syryngomyelii. Roth (l. c.) w obszernej swej pracy podziela również to zapatrywanie się. Inni zaś autorowie jak Mond i Reboul (*Contribution a l'étude du panaris analgésique—Maladie de Morvan. Arch. génér. de Méd. 1888*) uważają chorobę Morvana za odmianę zapalenia nerwów obwodowych a to głównie na podstawie wyniku badania nerwów w członkach amputowanych z powodu choroby Morvana; wykazali bowiem *neuritis parenchymatosa et interstitialis*. Häckel (*Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritien auf trophoneurotischer Grundlage. Münch. med. Wochschr. 1889*) przypuszcza, że w chorobie Morvana istnieje zapalenie korzeni rdzenia pacierzowego (*Wurzelneuritis*). (C. d. n.)

III. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem.

Przez
Władysława Biegańskiego,
lekarza szpitala N. P. M. w Częstochowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Rzecz godna uwagi, że i liczba płytek Bizzozera zwiększa się znacznie po ustąpieniu leukocytozy. Badając krew w przyrządzie Thoma-Zeissa, przy użyciu płynu Hayema, można spostrzedz wtedy liczne, owalne, okrągłe lub wydłużone ciałka, wielkości różnej od $^1/_{15}$—$^1/_5$ średniego białego ciałka krwi, ułożone niekiedy w postaci paciorków, w innych miejscach trzymające się białych ciałek krwi, z rozpadu których widocznie one pochodzą. W przypadkach, gdzie ich jest dużo, dają się one łatwo liczyć i ilość ich wtedy znajdujemy rozmaitą, niekiedy do jednego miliona i więcej. Otóż tych to ciałek rozpadowych znajdujemy zaraz po ustąpieniu leukocytozy zwykle dość znaczną ilość, większą zawsze, aniżeli podczas leukocytozy.

Powyżej opisane zachowanie się białych ciałek krwi spostrzegamy zaraz po przesileniu; najwybitniej ono występuje, jeżeli przesilenie szybko nastąpiło i było zupełne. — W przypadkach, kończących się powoli *per lysim*, zmniejszenie się ilości komórek wielojądrowych nie jest tak wyraźne, odbywa się ono również powoli i nie dosięga takiego niskiego odsetka, jak w przypadkach kończących się przesileniem.

A teraz zachodzi pytanie, jak prędko zmiany te krwi wyrównywają się, jak prędko krew wraca do prawidłowego zachowania się. Otóż z naszych spostrzeżeń wynika, że już na trzeci, czwarty dzień po spadku ciepłoty, rzadziej później, znajdujemy procentowy stósunek prawidłowy, t. j. mniej więcej 75% wielojądrowych komórek. W kilka dni po takiem wyrównaniu, mniej więcej około 8—10. dnia po przesileniu, występuje znowu nieznaczna leukocytoza (14—16,000), która w ciągu doby lub dwóch dni przemija. W tej następczej leukocytozie spotykamy zawsze prawidłowy stósunek procentowy.

Jeszcze jedna okoliczność zasługuje na uwagę w badaniu krwi po spadku gorączki, mianowicie, że występują wtedy w dużej ilości komórki eozynofilne (2—4%, prawidłowo 1—1½%). Z 10 przypadków przez siebie spostrzeganych znalazłem w 5 wypocinę eozynofilną po przełomie, w drugich 5 przypadkach nie spotykałem jej. W każdym razie okoliczność ta jest bardzo ciekawa, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że we wszystkich tych 10 przypadkach nigdy nie znajdywaliśmy eozynofilnych komórek podczas gorączki.

Tak się przedstawiała krew badana na zabarwionych preparatach w przypadkach zapalenia płuc, przebiegających szczęśliwie. W przypadkach ciężkich, ze śmiertelnem zej-

ściem, rezultat badania przedstawia się inaczej. Mówiliśmy już, że w takich przypadkach leukocytoza nie występuje; przeciwnie spotykamy leukopenię (zmniejszenie ogólnej ilości białych ciałek krwi). Przy badaniu zaś zabarwionych preparatów krwi w takich przypadkach spostrzegamy znaczne zmniejszenie się ilości komórek wielojądrowych, do 50 a nawet do 29%; równocześnie stósunek małych limfocytów przedstawia się znacznie większym, mianowicie 52% oraz powiększa się także stósunek dużych limfocytów (do 19%). Eozynofilnych komórek w krwi takiej nie znajdowałem. Jednem słowem z wyjątkiem eozynofilii krew chorych na zapalenie płuc w przypadkach ciężkich przedstawia się tak samo jak i krew po przesileniu choroby. I tu i tam znajdujemy zmniejszenie ogólnej ilości białych ciałek krwi; i tu i tam względna i ogólna ilość wielojądrowych komórek jest znacznie zmniejszona. Jednojądrowe zaś komórki przedstawiają się albo w ilości prawidłowej, albo, co częściej, powiększonej.

Chcąc sprawdzić rozpoznawczą wartość leukocytozy w zapaleniu płuc, przedsięwzięliśmy szereg badań krwi w innych chorobach, które swoim przebiegiem przedstawiają pewne podobieństwo do zapalenia płuc włóknikowego. Badaliśmy więc krew w trzech przypadkach tyfusu brzusznego. W dwóch przypadkach, mianowicie jednym zakończonym wyzdrowieniem i drugim z zejściem śmiertelnem, znaleźliśmy przy kilkorazowem badaniu zmniejszenie ilości białych ciałek krwi, t. zw. leukopenię. W obu przypadkach ogólna ilość białych ciałek nie dochodziła 6,000. Wśród ciałek tych znaleźliśmy stósunki prawidłowe, t. j. wielojądrowych komórek było około 75%, reszta wypadała na komórki jednojądrowe. W jednym przypadku tyfusu brzusznego, gdzie w czwartym tygodniu choroby, już po spadku gorączki, wystąpiło nagle obostrzenie sprawy, połączone z gorączką, dusznością i licznemi rzężeniami w płucach, gdzie cały przebieg zdawał się przemawiać za powikłaniem ze strony płuc, pomimo braku wyraźnych objawów zgęszczenia miąższu płucnego, znaleźliśmy znaczną leukocytozę z ilością białych ciałek 20,000 i ze stósunkiem między komórkami właściwym zapaleniu płuc, mianowicie ze znacznem powiększeniem się ilości komórek wielojądrowych. Dalszy przebieg choroby rzeczywiście przekonał nas, że takie było właśnie powikłanie w tym przypadku.

Krew chorych z gruźlicą płucną badaliśmy w trzech przypadkach. W jednym przypadku, gdzie zmiany w płucach nie były rozległe i stan był prawie bezgorączkowy, ilość białych ciałek krwi była prawie prawidłową (8,000) i stósunek wzajemny komórek odpowiadał w zupełności temu, jaki spotykamy w okolicznościach prawidłowych. W dwóch innych przypadkach, gdzie sprawa w płucach była daleko posunięta, gdzie była wysoka gorączka a w jednym nawet przypadku objawy gruźliczego owrzodzenia kiszek, liczbę białych ciałek krwi znaleźliśmy nieco powiększoną, mianowicie w jednym przypadku 10,000, w drugim 14,000. W obu tych przypadkach ilość limfocytów była stósunkowo znacznie powiększona, do 40% a wielojądrowych zmniejszona do 52%.

Chorych z zapaleniem opłucnej surowiczem spostrzegaliśmy w tym czasie czterech. We wszystkich tych przypadkach krew badana przedstawiała co do ogólnej ilości białych ciałek krwi stósunki zupełnie prawidłowe, co do wzajemnego zaś stósunku rozmaitych rodzajów komórek znajdywaliśmy pewną przewagę po stronie małych limfocytów (do 32%).

Z zapaleniem opłucnej ropnem spostrzegaliśmy dwa przypadki; w obu była wyraźną leukocytoza i to niekiedy dość znaczna. I tak n. p. w jednym przypadku, gdzie choroba trwała około 6 tygodni, ilość ciałek krwi wynosiła 44,000, przy cieplocie ciała 38·2°. Po dokonaniu pleurotomii, w tym samym przypadku, znaleziono 10,000 białych ciałek, przy ciepłocie 36·5°. Wzajemny stósunek rozmaitych komórek przedstawiał się przy pierwszem badaniu zupełnie prawidłowo (72% wielojądrowych komórek, 5% dużych limfocytów i 23% małych limfocytów). Za powtórnem badaniem, kiedy już leukocytoza ustąpiła prawie zupełnie, znaleźliśmy stósunki następujące: 52% wielojądrowych, 8% dużych limfocytów i 40% małych limfocytów obok wielu ciałek rozpadowych. Drugi przypadek zapalenia opłucnej ropnego spostrzegaliśmy dłuższy czas i w tym czasie zbadaliśmy 6 razy krew. Otóż w tym przypadku leukocytoza przedstawiała dość rozległe wahania; znajdywaliśmy bowiem od 10—20,000 białych ciałek krwi. Podczas znacznej leukocytozy (18—20,000) stósunek wzajemny leukocytów był prawie prawidłowy; podczas zaś spadku leukocytozy ilość stósunkowa wielojądrowych komórek zmniejszała się znacznie (do 54%), ilość zaś małych limfocytów powiększała się do 44%. Komórki eozynofilne zawsze zjawiały się w większej ilości za każdym spadkiem leukocytozy i zmniejszeniem się liczby wielojądrowych komórek.

Nakoniec badaliśmy jeszcze krew w jednym przypadku ostrego zapalenia oskrzeli z przebiegiem gorączkowym i znaczną dusznością. Otóż w tym przypadku znaleźliśmy ilość białych ciałek krwi prawidłową i taki sam prawidłowy stósunek pomiędzy rozmaitemi leukocytami.

Jeżeli teraz rozpatrzymy się w otrzymanych rezultatach z punktu widzenia praktycznego, ze względu na rozpoznawanie i rokowanie, to z dat powyższych możemy wywieść następujące praktyczne zasady: 1) Obecność leukocytozy w pewnej chorobie gorączkowej ostrej przemawia za zapaleniem płuc lub zapaleniem opłucnej ropnem a przeciw tyfusowi. W wątpliwych więc przypadkach mamy pewną zasadę do rozstrzygnięcia rozpoznania za pomocą badania krwi. 2) Brak leukocytozy przemawia albo za tyfusem albo za zapaleniem płuc z przebiegiem ciężkim. 3) Powiększenie się znaczne ilości komórek wielojądrowych w przypadkach, w których rozpoznanie waha się pomiędzy zapaleniem włóknikowem płuc a zapaleniem opłucnej ropnem, przemawia za zapaleniem płuc. 4) Zmniejszenie się ilości wielojądrowych komórek przy braku leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego świadczy o ciężkim przebiegu i daje złe rokowanie.

Mniejsze znaczenie ma badanie krwi w odróżnianiu rzekomego przesilenia od rzeczywistego. Tutaj bowiem często możemy być narażeni na błędne wnioskowanie. Mówiliśmy już, że leukocytoza nie zawsze tak nagle i szybko ustępuje, jak gorączka, że często dopiero na drugi lub trzeci dzień po przesileniu ilość białych ciałek krwi wraca do prawidła. — To też obecność leukocytozy przy spadku gorączki nie może dowodzić bezwzględnie rzekomego przesilenia, gdyż i w prawdziwem przesileniu znajdujemy nieraz podobne okoliczności. Prędzej może tu mieć pewne znaczenie eozynofilia. Jeżeli po spadku gorączki spotykamy znaczniejszą odsetkę komórek eozynofilnych, to okoliczność ta świadczy o rzeczywistym przełomie choroby.

Z powyższego widzimy, że badanie krwi w przypadkach zapalenia płuc może mieć ważne praktyczne zastósowanie. Nie wynika z tego, żeby ten sposób badania miał wyrugować inne sposoby badania dyagnostycznego. Nigdy żmudne badanie krwi nie zastąpi innych, o wiele prędzej prowadzących do celu metod rozpoznawczych. Nieraz jednak zdarzyć się mogą i zdarzają się przypadki wątpliwe, w których objawy opukowe i przysłuchowe są tak niewyraźne, że długo wahać się musi nasze rozpoznanie. Znam z własnej praktyki przypadki zapalenia płuc, najczęściej u dzieci, gdzie rozpoznać można było sprawę dopiero w 6., 7. dniu choroby a nawet nieraz po przełomie, po przesileniu, wysłuchując w ograniczonej przestrzeni trzeszczenia tam, gdzie poprzednio ani stłumienia ani szmeru oskrzelowego nie było. Otóż w takich przypadkach badanie krwi może mieć rozstrzygające znaczenie. Niesłychanie ważne również znaczenie miałoby w praktycznem zastósowaniu badanie krwi w określaniu rokowania. Należy jednak w tym względzie powstrzymać się z wyrzeczeniem ostatecznego zdania. Dotychczasowe spostrzeżenia, jakkolwiek dziwnie zgodne, są jednak nieliczne; nie możemy więc na nich opierać pewnego wniosku. Jeżeli jednak dotychczasowe spostrzeżenia sprawdzą się na liczniejszym materyale, to zyskujemy w badaniu krwi niesłychanie ważny probierz rokowniczy.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Dok. Patrz Nr. 47.)

Czyste złudzenia pojawiające się często u osób zdrowych mogą mieć wedle Morela źródło swe albo 1) w różnych zjawiskach fizycznych a więc w świecie zewnętrznym, albo też 2) w samym ustroju z powodu zmiany częściowej czynności zmysłów, która nieraz występuje u osób nerwowych albo osłabionych po przebyciu ciężkich chorób, dalej u osób wygłodzonych, błądzących na pustyniach, lub na morzu i t. p. Złudzenia te jednakże łatwo może rozum osądzić należycie i rzadko też prowadzą one do błędnych wyobrażeń. Do pierwszego rodzaju złudzeń należeć będzie n. p. spostrzeżenie, że kij zanurzony częściowo w wodzie lub innym jakim płynie przeźroczystym, wydaje się złamanym, kulka z chleba, lub groch, lub podobne jakieś drobne ciało, macane równocześnie dwoma sąsiedniemi, lecz skrzyżowanemi palcami wydaje się podwójnem ciałem i t. p., do drugiego rodzaju złudzeń należą różne zjawiska okazujące się nieraz w postaci ciemnych albo też świetlnych plam, gwiazd, pręg, lub pasm przesuwających się po polu widzenia i t. p. Ponieważ złudzenia te mają swe źródło w samym ustroju, sądzę, iż właściwiej byłoby, jak już wyżej powiedziałem, nazwać je złudzeniami omamowemi, gdyż mogą one przy większem nieco nasileniu zmienić się bardzo łatwo w rzeczywiste omamy zmysłowe.

Zanim zakończę rzecz o omamach i złudzeniach zmysłowych, pozwolę sobie zwrócić jeszcze raz uwagę na t. zw. omamy i złudzenia senne i półsenne, gdyż bliższe i dokładniejsze zastanowienie się nad tym przedmiotem okazuje niemało ciekawych spostrzeżeń, mogących mieć niepoślednie znaczenie pod względem zrozumienia i wytłómaczenia istoty i sposobu powstawania różnych zboczeń w zakresie zjawisk wyobrażeń zmysłowych. Wspomniałem już, że u osób znużonych czuwaniem i pracą nocną i walczących ze snem często sen występuje mimowolnie. Będąc niejednokrotnie w podobnem położeniu, miałem też nieraz sposobność doświadczać na sobie samym, wśród jakich okoliczności tworzą się obrazy senne i półsenne, i badałem przytem bliżej warunki, w jakich powstają i co najwięcej wpływa na jakość i treść, którą one przedstawiają. Przez ćwiczenie doszedłem w tym względzie do pewnej wprawy, która wyrabia się podobnie, jak przy studyowaniu powidoków i może doprodzić do tego, że jak obrazy powidokowe mięszają się z obrazami rzeczywistemi, tak też obrazy senne a raczej półsenne mięszać się będą z obrazami rzeczywistych przedmiotów świata zewnętrznego. Pragnąc, by mię należycie zrozumiano, pozwolę sobie przypomnieć niektóre ważniejsze szczegóły, tyczące się powidoków. Wiadomo z fizyologii, że wyraźny obraz zmysłowy powstać może wtedy tylko, gdy odpowiednia podnieta, pochodząca od danych przedmiotów zewnętrznych, trwać będzie przez pewien czas, potrzebny do wywołania odpowiedniej zmiany w obwodowych zakończeniach narządów zmysłowych. Zmiana ta trwa również przez pewien przeciąg czasu i to zazwyczaj dłuższy, niż odpowiednia podnieta. Z tego wynika, że gdy n. p. usuniemy z pola widzenia przedmiot jakiś działający na zmysł wzroku, obraz tego przedmiotu nie zniknie równocześnie z jego usunięciem, ale trwać będzie dalej, krócej lub dłużej, w miarę mocy swego działania. Jeżeli n. p. patrzymy w słońce i zamknąwszy powieki odwrócimy głowę w inną stronę t. j. usuniemy słońce z pola widzenia, wówczas widzieć będziemy wybitny i jasny obraz słońca stosunkowo dość długo. Obraz taki zowiemy powidokiem dodatnim. Jeżeli w ciemności patrzymy na żarzący się węgiel, widzimy jego obraz. Jeżeli węgiel ten poruszamy powoli, widzimy obraz jego w coraz innem miejscu; jeżeli go poruszamy szybko, widzimy od razu całą smugę świetlną. Zjawisko to polega na tworzeniu się kolejnem powidoków dodatnich, które potem widzi się razem i równocześnie.

Gdy oglądamy dodatni powidok jakiegoś przedmiotu, mocno świecącego, we dnie, przy zamknięciu powiek a otworzymy je w czasie, gdy ten obraz powidokowy znikać zaczyna, wówczas spostrzeżemy na nowo obraz tego przedmiotu, ale będzie on ciemny, nie jasny. Gdy tak samo postąpimy sobie oglądając dodatni powidok jakiegoś przedmiotu jaskrawo zabarwionego, ujrzymy po otwarciu powiek obraz jego w barwie dopełniającej. Tego rodzaju powidoki zowiemy ujemnemi w przeciwieństwie do dodatnich. Przyczyną tworzenia się powidoków ujemnych jest znużenie odpowiednich części obwodowych zakończeń zmysłu wzroku tak, iż stają się one przez pewien czas nieczułe na nowe bodźce, czyli podniety. Po każdym obrazie bez wyjątku nastąpić musi powidok dodatni a potem ujemny, ale ponieważ nie zwracamy na to uwagi, gdyż umysł nasz zajmuje się ciągle przedmiotami działającemi na nasze zmysły w sposób o wiele mocniejszy, niż powidoki, więc też zazwyczaj powidoków wcale nie spostrzegamy. Można jednak, jak już wspomniałem, przez ćwiczenie odpowiednie dojść do wielkiej wprawy w spostrzeganiu; w tym atoli razie obrazy powidokowe mięszać się będą ciągle z rzeczywistemi obrazami i to dojść może do tego stopnia, że spostrzeganie ostatnich staje się niekiedy

niedokładnem tak dalece, iż należyte oryentowanie się w otoczeniu okazuje się utrudnionem.

Obrazy powidokowe należą więc do złudzeń fizyologicznych czyli omamowych, albowiem mają źródło swe w zmianie obwodowych części narządów zmysłowych. Wspominam o nich głównie dla tego, że teorya powstawania powidoków może nam być w części pomocną do tłómaczenia niektórych zjawisk złudzeniowych i omamowych w ogóle.

Po tem krótkiem odejściu od głównego przedmiotu wracam teraz do doświadczeń, które otrzymałem, czyniąc spostrzeżenia nad tworzeniem się wspomnianych wyżej omamów i złudzeń sennych i półsennych.

Nie pomnę dokładnie dnia, ale było to w końcu miesiąca października 1892 r., gdym mimo zmęczenia całodzienną i wytężającą pracą spisywał późnym wieczorem przez kilka godzin z rzędu spostrzeżenia swoje, odnoszące się do stanu umysłowego chorych świeżo przybyłych. Walcząc ze snem całą siłą swej woli, odwróciłem na chwilę głowę od lampy, by przymrużywszy powieki, otrzeć sobie śluz zasychający po brzegach i w kącikach szpar powiekowych. Nagle ujrzałem o kilka kroków przed sobą, ku niemałemu zdumieniu swemu a nawet przerażeniu, postać anioła o promieniejącej głowie, białych, lśniących skrzydlach i takiejże odzieży, trzymającego w prawej swej ręce długi miecz ognisty. W pierwszej chwili struchlałem na ten widok i otworzywszy powieki, chciałem się bliżej przypatrzyć opisanemu zjawisku. Wyraźny obraz jego trwał jednak krótką chwilę i zmieniać się począł w szarawą, niewyraźną postać a w końcu spostrzegłem w miejscu zjawiska biały piec kaflowy, z boku jego oparty o ścianę długi, biały kij z hakiem, służącym do otwierania górnych części okien, na piecu zaś ujrzałem obraz lampy, przy której pracowałem, barwy szarej z obwódkami ciemnofiołkowemi, o brzegach nieco żółtawych. Zastanowiwszy się bliżej nad całem zjawiskiem, przyszedłem do przekonania, iż powstało ono w następujący sposób: Po przymknięciu powiek i odwróceniu się od światła utworzył się obraz lampy jako powidok dodatni. Przypadkowo obraz ten umieścił się obok białego kija nad brzegiem białego kaflowego pieca. Od obydwu tych przedmiotów odbijały się dość mocno promienie światła od lampy pochodzące. Wiadomo, że bardzo jasne przedmioty można widzieć w ciemności, mimo przymknięcia powiek, dlatego, że powieki część światła przepuszczają. Obrazy takie są zazwyczaj bardzo niewyraźne i niedokładne, mogą być jednak uzupełnione wyobraźnią podobnie, jak się to zwykle dzieje przy wszelkiem niedokładnem poczuciu zmysłowem. Wszystkie owe trzy obrazy jasne, ale nie bardzo wyraźne, a mianowicie: lampka gorejąca, piec i kij biały, złączyły się w jedną całość a zadrażniwszy odpowiednie części obwodowe narządów zmysłowych, odtworzyły w wyobraźni obraz owego anioła, którego kształt podobny widziałem nieraz przedstawiony na obrazkach. Widziany później obraz lampy, barwy szarej, z obwódkami ciemnofiołkowemi, był powidokiem ujemnym.

W kilka dni później, gdym się do snu ułożył i zaczynał już zasypiać, ujrzałem nagle długą szopę, podobną zupełnie do jednej z tych, jakie widywałem nieraz na Podolu a które służą do suszenia tytoniu lub kukurydzy. W obrazie tej szopy uderzającym był szczególnie jeden słup odznaczający się niezwykłą grubością i wyrazistością. Po chwili słup ten zmienił się w czarny piec żelazny, podczas gdy obraz szopy znikł powoli. Gdym otworzył powieki, ujrzałem w miejscu owego słupa, względnie pieca, wiszący nad łóżkiem na kolorowym dywanie ciemny pantofelek, służący za podstawkę do zegarka. Noc była księżycowa; promienie światła mogły przeto dostawać się częściowo przez zamknięte powieki i drażnić obwodowe zakończenia nerwu wzrokowego. Odróżniające się od jaśniejszej ściany ciemne stósunkowo i prostolinijne tło dywanu z umieszczonym na nim ciemniejszym jeszcze pantofelkiem, pionowo wiszącym, odtworzyło widocznie w mej wyobraźni pamięciowy obraz owej szopy z wyrazistszym jednym słupem, który później przekształcił się w piec żelazny.

Innym znowu razem, także w czasie zasypiania, usłyszałem nagle miarowe kołatanie podobne do tego, jakie słyszymy, gdy murarze cegły młotkiem obrabiają. Gdym począł przysłuchiwać się bliżej temu kołataniu, rozjaśniło się nagle pole widzenia i spostrzegłem tak wyraźnie, jak w świetle dziennem, dwóch murarzy stojących na niskim murze, obrabiających cegły i murujących potem. Obraz ten zniknął w bardzo krótkim czasie w ten sposób, że najpierw zaćmiło się pole widzenia a potem zacierać się poczęły kształty osób i muru. Po kilku minutach usłyszałem znowu miarowe kołatanie i po dłuższem przysłuchaniu się przekonałem się, że było to kołatanie chrząszczyka toczącego drzewo, zwanego kołatkiem upartym. Kołatanie to działając na usypiający zmysł słuchu, odtworzyło obraz pamięciowy kucia młotkiem a ten obraz słuchowy, kojarząc się z odpowiednim pamięciowym obrazem wzrokowym, odtworzył i ten ostatni łącząc oba razem. Odtworzenie takiego właśnie połączonego obrazu było bardzo łatwe, gdyż przez całe lato i jesień murowano w Kulparkowie nowe pawilony, czemu codziennie się przypatrywałem. Obraz murarzy murujących i obrabiających cegły tkwił mi więc bardzo żywo w pamięci.

Raz usłyszałem prawem uchem dwukrotne, głośne szczeknięcie psa, poczem uczułem dzwonienie głośne w tem uchu. Prawdopodobnie oderwanie się części woskowiny usznej od błony bębenkowej było powodem tego uczucia. Nie chcę nudzić dłużej opisywaniem swych dalszych różnych spostrzeżeń; dodam tylko, że obrazy takie półsenne nierównie częściej pojawiają się zaraz po obudzeniu się ze snu, niż przed zaśnięciem. Sądzę, że każdy doświadczał ich często i nie mało w życiu swojem i nieraz w młodzieńczym i chłopięcym wieku przerażał się niemi w pierwszej chwili a później poznawał, iż były to tylko złudzenia zmysłowe, sprawione działaniem jakichś rzeczywistych przedmiotów niewyraźnie spostrzeganych i dlatego uzupełnianych wyobraźnią do podobnego kształtu przeróżnych dawniej widzianych, względnie odczutych i zapamiętanych obrazów zmysłowych. Kierowałem często umyślnie przez dłuższy czas uwagę na jeden obraz pamięciowy, starając się przezto wywołać odtworzenie się zmysłowe tego obrazu; nigdy mi się to jednak nie udało. Próbowałem nieraz przez ugniatanie lekkie i pocieranie oczu, przy zamkniętych powiekach, drażnić obwodowe części zmysłu wzrokowego a kierując równocześnie stale uwagę na jakiś obraz pamięciowy, starałem się przez takie działanie odtworzyć go zmysłowo, ale zawsze bez skutku. Natomiast udawało mi się nieraz wytwarzać w ten sposób różne inne obrazy. Zazwyczaj widać w takich razach najpierw wir świetlny lub barwny a wśród tego wiru zjawiają się nieraz nagle i przelotnie różne, najdziwaczniejsze obrazy, nie mające jednakże żadnego podobieństwa do obrazów pamięciowych, które chciałem wywołać. Jestto naj-

lepszym dowodem, że w powstawaniu obrazów złudzeniowych i omamowych nie pamięć i dowolna wyobraźnia, a więc nie korowe zakończenia, lecz obwodowe części zmysłów główną grają rolę. Ostatnie są pierwotnie zadrażnione i dopiero następowo pobudzają pierwsze do czynności. Dlaczego wyjątkowo myśli i wyobraźnia wywoływać mogą te same objawy, starałem się wyjaśnić wyżej, na innem miejscu. Różni uczeni i w różnych czasach badali dokładnie złudzenia i omamy półsenne i wszyscy prawie doszli do tych samych wyników, t. j., że nigdy prawie nie można odtworzyć dowolnych obrazów, i jeżeli sztucznie pobudzamy zmysły do czynności, powstają całkiem inne obrazy, wcale niepodobne do tych, jakie zamierzaliśmy odtworzyć. Potwierdza to zwłaszcza Hagen. W dziele swem *Le sommeil et le rêve* (*Annales médico-psychologiques t. XI.*) podaje Maury, że obrazy zmysłowe przedstawiające się w stanie półsennym, t. j. graniczącym między stanem na jawie a we śnie, są bardzo rozmaite. Najczęściej przedstawiają się postacie ludzi i to w całości lub częściowo n. p. głowy i biusty, dalej postacie zwierzęce, niekiedy kwiaty, drzewa, domy a nawet całe krajobrazy. Barwy widzianych w ten sposób przedmiotów są zazwyczaj bardzo żywe i odpowiadają rzeczywistej barwie danych przedmiotów. Obrazy te są często nieruchome, niekiedy zaś poruszają się wolno lub szybko a zawsze przedstawiają się tylko przez czas krótki, ustępując miejsca innym, które kolejno przesuwają się przed oczyma, jak w kalejdoskopie. Niekiedy obrazy takie mają postacie dziwaczne i nienaturalne a oblicza wykrzywione w najrozmaitszy sposób.

Omamy półsenne dotyczą głównie zmysłu wzroku, pojawiają się jednak także w zakresie innych zmysłów. Sam kilkakrotnie miewałem obrazy słuchowe. Morel przytacza tego rodzaju omamy odnoszące się do zmysłu czucia. Jedna z jego chorych miewała przed zaśnięciem uczucie, jakoby jej czoła dotykała się jakaś lodowato zimna ręka trupia; inna skarżyła się, iż ułożywszy się do łóżka, uczuwa często obok siebie, lub na sobie leżące nieżywe ciało ludzkie; inna znowu mówiła, iż przed uśnięciem czuje, jak biała gęś włazi na jej łóżko, sadowi się na jej brzuchu i znosi tu jaja.

Maury doświadczał bardzo często sam na sobie, w jakich okolicznościach najczęściej do skutku przychodzą takie omamy półsenne i przekonał się, że bywały one najliczniejsze i najżywsze, gdy uczuwał objawy przekrwienia mózgowego, co często się u niego zdarzało. Ile razy cierpiał na ból głowy albo czuł bóle nerwowe w oczach, uszach, nosie, lub doznawał uczucia szarpania i rwania w mózgu, wówczas zawsze po przymknięciu powiek okazywały mu się najrozmaitsze widziadła i opanowały cały jego umysł.

Z tego wszystkiego widać, że złudzenia jakoteż omamy półsenne powstają u ludzi zdrowych w pewnych tylko okolicznościach, w których życie świadome i dowolne zaczyna przechodzić zwolna w nieświadome i mimowolne. W podobnym stanie znajduje się często ustrój w czasie rozpoczynającej się choroby umysłowej i dla tego wtedy są tak częste złudzenia i omamy zmysłowe. Występują one zazwyczaj nagle i niespodzianie i dlatego wprawiają osoby, których się to tyczy, w wielkie zdumienie a nawet przerażenie; uważane zaś bardzo często za zjawiska cudowne i nadprzyrodzone, zdolne są zmienić dane osoby zupełnie pod względem obyczajowym i dać powód powstaniu zupełnie nowych uczuć i myśli, nowych celów i dążności życia. Dzieje ludzkości przedstawiają przykłady tego rodzaju i pouczają dowodnie, że wiele wielkich i doniosłych czynów całe narody a nawet ludzkość całą obchodzących w tych wrzekomo cudownych i nadprzyrodzonych zjawiskach miały swe źródło i początek.

Jakie znaczenie mają omamy i złudzenia zmysłowe w chorobach umysłowych, będę mógł wykazać dopiero później przy opisywaniu różnych form chorobowych z osobna. Do tego też czasu odkładam szczegółowe skreślenie różnych rodzajów złudzeń i omamów, odnoszących się do różnych zmysłów, przyczem starać się będę rozbierać bliżej i wyjaśniać każdy przypadek z osobna.

V. Oceny i sprawozdania.

F. Murdzieński: **Kalendarz lekarski krakowski na rok 1894.** Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył . . . Rok 3 ci. W Krakowie. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

Punktualnie, jak zawsze, tak i w tym roku ukazał się na widok publiczny *Kalendarz lekarski krakowski* tak pożądany dla lekarzy praktycznych, którzy dziś nie potrzebują więcej zaopatrywać się w wydawnictwa niemieckie, przede wszystkiem wiedeńskie, w tak nieprzyjemny sposób nieraz narzucane.

Przytoczenie spisu rzeczy najlepiej wykaże wartość publikacyi, o której mowa: 1) Kalendarz kościelny. 2) Spis środków lekarskich w podręczniku terapeutycznym. 3) Podręcznik terapeutyczny. 4) Nowe leki. 5) Ważniejsze krajowe i zagraniczne zakłady zdrojowo-kąpielowe. 6) Wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia chorób. 7) Kąpiele z dodatkiem środków lekarskich. 8) Szkodliwe połączenia leków. 9) Największe dawki środków leczniczych. 10) Waga różnych dawek. 11) Porównanie wag aptekarskich. 12) Dawki średnie dla dzieci. 13) Porównanie dawki leków. 14) Ile kropel liczy się na gram? 15) Leczenie za pomocą wziewań. 16) Dawki środków używanych do wziewań. 17) Leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi. 18) Tablica brzemienności. 19) Otrucia ostre i sposoby ratowania w nich. 20) Ratowanie pozornie zmarłych. 21) Warunki przyjmowania obłąkanych do zakładów publicznych lub prywatnych. 22) Rozbiór moczu. 23) Kilka uwag o świadectwach lekarskich. 24) Świadectwa sądowo-lekarskie. 25) O sądowych oględzinach i sekcyach zwłok. 26) Naczelne władze sanitarne. 27) Władze sanitarne Galicyi. 28) C. k. krajowa Rada zdrowia. 29) Izby lekarskie. 30) Służba zdrowia w Galicyi. 31) Alfabetyczny spis doktorów medycyny. 32) Alfabetyczny spis chirurgów. 33) Ogólne przepisy pocztowe. 34) Poradnik telegraficzny. 35) Skala stemplowa. 36) Notatki (4 kwartalniki w osobnych książeczkach).

Strona typograficzna kalendarza przedstawia się bardzo pięknie i przynosi prawdziwy zaszczyt tak drukarni *Czasu*, jak i Krakowowi słynącemu oddawna z wytworności swych druków.

Kiedy przeto i treść i druk odpowiadają najzupełniej wszelkim, nawet najwybredniejszym wymaganiom, niech nam wolno będzie poprosić na tem miejscu Szanownego Wydawcę, który już tyle sobie zadał pracy, by pousuwał w roku przyszłym ze swego kalendarza tę nieznaczną zresztą liczbę błędów językowych (n. p. przeciętny zamiast średni, do wewnątrz zamiast wewnętrznie, najwyższa dawka zamiast największa dawka i t. p.), których być nie powinno w wydawnictwie tak poważnem, jakiem jest bez wątpienia publikacya, o której mowa. *D.*

Anatomija.

Józef Halban (Wiedeń): **Grubość mięśni prążkowanych i jej znaczenie.**

Autor dzieli włókna mięśni prążkowanych na typowe t. j. posiadające jednakową grubość i na atypowe t. j. włókna znajdujące się między pierwszemi, jednak w mniejszej od nich liczbie, o grubości zmiennej, już to większej, już to mniejszej, niż grubość włókien typowych.

Wyniki pomiarów mięśni są różne i zależne od mięśnia, którego włókna się bada. Przy badaniu porównawczem mięśni grubych widzi się o wiele wybitniejsze różnice w kalibrze ich włókien, niż w podobnych badaniach, podjętych nad mięśniami cienkiemi. Grubość włókien jednych i tych samych mięśni, wydobytych z różnych osób jest rozmaita i zależna od stopnia ich odżywienia. W włóknach mięśni płodów są tylko nieznaczne różnice w grubości. Od 4. miesiąca życia płodowego aż do chwili urodzenia się podwaja się grubość włókien mięśni prążkowanych. Od chwili porodu zwiększa się grubość włókien mięsnych rozmaicie a stósownie do pracy mięśni. Ztąd też wynikają różnice w grubości włókien różnych mięśni w dorosłym ustroju. Wraz z grubością włókien, która waha się od 10 do 100 μ., wzrasta grubość całego mięśnia. Niejednostajny przyrost grubości włókien sprawia różną grubość odpowiednich całych mięśni; ztąd wynika, że przyrost grubości całych mięśni od chwili urodzenia się zależy od wzrostu grubości włókien z osobna. Grubość mięśni zależy także od wielkości ich płodowego zawiązku; mięśnie grubsze w dojrzałym ustroju mają większe zawiązki już w samym płodzie.

Z tych wyników dochodzi autor do przekonania, że grube i mocno rozwinięte mięśnie w ustroju dojrzałym mają włókna o większym przekroju, niż mięśnie słabo rozwinięte i cienkie, a ztąd, że różna grubość mięśni odpowiada różnej ich sile. Dla wytłumaczenia wzrostu grubości mięśni w życiu pozapłodowem wystarcza zupełnie wzrost grubości ich włókien i nie ma potrzeby przypuszczać wytwarzania się nowych włókien w tym okresie, czego dotąd nie wykazano. (*Anatomische Hefte. Wiesbaden 1893*). *Wachholz.*

Terapia.

Wilhelm Kruse: **Przyczynek do leczenia zatrucia morfinowego zapomocą atropiny.**

Dwutygodniowemu dziecku Dra K., choremu na pleśniawki (Soor), przemyto usta zamiast zwykle używanym roztworem kw. borowego, przez omyłkę roztworem 0·60: 30·0 morfiny. Za kilka godzin spostrzeżono śpiączkę, potem zapad głęboki a, gdy środki pobudzające niewiele działały, podano dziecku dwie krople roztworu atropiny 0·06: 7·5. W krótce zobaczono dobry skutek; w miarę, jak rozszerzały się źrenice, poprawiało się tętno i oddechanie, dawkę atropiny powtórzono w półgodziny i ostatecznie dziecko wyzdrowiało zupełnie. Było to więc ostre zatrucie morfiną. Ponieważ użyto morfiny tylko do przemycia ust, ilość, która dostała się do przewodu pokarmowego, nie da się ściśle oznaczyć; autor oblicza ją na 0·00375; w każdym razie była to dawka, jak dla dziecka 2-tygodniowego i to niedonoszonego i licho rozwiniętego, duża (Biedert podaje do 1. roku 0.003—0·005; Baginsky 0.0035 jako dawkę największą). Dawka atropiny oznaczona jest dla dzieci na 0·000025—0·00005 na raz; tymczasem autor podał dziecku swemu dawkę daleko większą, bo 0·001 a nawet w półgodziny dawkę tę powtórzył i wysnuwa ze swego przypadku ten wniosek, że w zatruciu morfiny działa atropina dobrze i to w dawkach dużych. (*Archiv. f. Kinderheilkunde 1893*). *Dr. Raczyński.*

Veiel: **Przyczynek do terapii liszaja żrącego** (*lupus vulgaris*).

V. niszczy tkankę liszajową stósownie do lokalizacyi guzków, jużto sposobem mechanicznym przez nakłócia, wyskrobanie, już też żrącemi chemicznie ciastami czyli pastami, wreszcie termokauterem lub galwanokauterem.

W rzędzie ciast używa 10% wazeliny pirogallolowej; gdzie jej od początku nie używano, tam przykłada ją zrazu na 2 dni, później zmienia codziennie, przez co niszczy doszczętnie tkankę chorą; zdrową natomiast naokół chroni od drażnienia pirogallolem przez przyłożenie maści obojętnej.

Mocna maść pirogallolowa wywołuje w 4-5 dniu znaczny ból, zwłaszcza w obec dostępu powietrza tak, że go nieraz trzeba łagodzić dopiero wstrzykiwaniami morfiny. Ból ten jest też wskazówką, że trzeba przejść do maści słabszej (2% a nawet 1%, stósownie do delikatności skóry). Skoro pod maścią wytworzy się ziarnina czerwono-cisawa, gładka a jędrna, nakłada się na nię maść pirogallolową jeszcze słabszą: 0·5—0·2%, mocniejszą zaś chyba w razie, gdyby ziarnina zanadto bujać zaczęła.

Leczenie postępuje bardzo powoli; blizny jednak są miękkie i gładkie, piękniejsze od transplantacyi sposobem Thierscha, której zresztą można i przy tej metodzie używać na gładkiej powierzchni ziarninowej tam, gdzie chodzi o rychłe wyleczenie a mniej się zważa na piękne wejrzenie blizny.

Przy transplantacyi przeszczepia V. skrawki wprost z noża, bez zamaczania w roztworze solnym, z dobrym wynikiem.

Używając pirogallolu należy zwracać baczną uwagę na mocz i zaraz przerywać leczenie, skoro tylko okaże się w moczu białko lub krew. Zmian poważniejszych w nerkach pirogallol nie sprowadza, gdyż używa się go tylko na niewielkiej stósunkowo powierzchni.

Podobnie, jak w gruźlicy skóry, otrzymuje V. pomyślne skutki z leczenia tą metodą również w gruźlicy kości krótkich, jak np. stopy. Używa przytem przez 2 tygodnie 10% maści pirogallolowej, później zaś 2% aż do wyleczenia (8—13 tyg.).

Przy leczeniu liszaja spojówki zapuszczał autor w jednym przypadku 0·5% roztwór wodny pirogallolu raz dziennie z skutkiem pomyślnym; pojawiające się przytem zaćmienie rogówki ustąpiło wkrótce po zaprzestaniu na kilka dni wkraplania. (*Berl. klin. Wchschr. 1893. Nr. 39.*) *L. K.*

Choroby uszne.

Barnick: **Wyniki badania za pomocą wziernika ocznego w zapaleniu ropnem ucha środkowego.**

Celem badania było, jak to oświadcza autor, zwrócić uwagę na ważność badania wziernikowego ócz dla poznania początków zajęcia mózgu po ropnem zapaleniu ucha środkowego. Z pomiędzy 20 przypadków tego cierpienia można było w 9 ciu wykazać mierne zapalenie nerwu wzrokowego.

W jednym przypadku pojawiły się u 6-letniej dziewczyny w przebiegu ropienia ucha środkowego prawego objawy zadrażnienia mózgu, sztywność karku, lekkie bredzenie na szczycie gorączki, chwilami wymioty, nieznośny ból głowy. Otwarto wyrostek sutkowy dłutem; zbadanie ócz w 4 dni później wykazało obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego. W 5 dni później obrzmienie to ustąpiło a dziecko wypuszczono z zakładu.

U 12-letniego chłopca, cierpiącego od wczesnego dzieciństwa na ropienie uszne obustronne, zaostrzyło się nagle zapalenie ucha środkowego lewego, wymagając otwarcia dłutem wyrostka sutkowego lewego, w którym znaleziono sposoczały żółciolojak (*cholesteatoma*). Badanie wziernikowe ócz w 19 dni po operacyi wykazało obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Później pojawiły się mocna senność, zwolnienie tętna, rozlany ból głowy, przeczulica ogólna objawy, wśród których chory w miesiąc po operacyi życie zakończył. Oględziny pośmiertne wykazały duży ropień w lewym zrazie skroniowym bez zapalenia opon.

W 3-cim przypadku znaleziono u 10-letniego chłopca cierpiącego na przewlekłe ropienie ucha prawego z równoczesnem zajęciem wyrostka sutkowego bez żadnych objawów mózgowych, nieznaczne obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego. W 2 dni później dreszcze. Wykuto dłutem wyrostek sutkowy natychmiast, odsłonięto oponę twardą i wyskrobano łyżeczką ropny, rozpadły skrzep z zatoki poprzecznej. Dreszcze powtarzały się, senność. W 12-ym dniu po operacyi wybitne zapalenie obustronne nerwu wzroko-

wego. Po dalszych 13 dniach chory umarł na zapalenie zatoki żylnej i ropne zapalenie opon mózgowych.

Jako wyniki swych spostrzeżeń podaje autor, co następuje:

1) Nie we wszystkich przypadkach zapalenia mózgu i opon wskutek ropotoku usznego znajduje się zapalenie nerwu wzrokowego; tam zaś, gdzie jest, potwierdza stanowczo rozpoznanie powikłania ze zmianą chorobową wśród czaszki.

2) Już pierwsze znaki przekrwienia chorobowego tarczy należy uważać za wskazanie do wykucia dłutem wyrostka sutkowego.

3) Zapalenie nerwu wzrokowego i po trepanacyi wyrostka sutkowego utrzymujące się, robi rokowanie bardzo wątpliwem. Wybitne obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego każe z pewnością spodziewać się zejścia śmiertelnego.

4) Zapalenie nerwu wzrokowego nabiera szczególnej wartości praktycznej przez to, że może wskazać na zmianę chorobową wśród czaszki już wtedy, kiedy jeszcze nie ma innych objawów podrażnienia mózgu, szczególnie w zakresie innych nerwów mózgowych. (*Dysertacya inauguralna. Hall. 1892*). *Dr. Spira.*

Choroby dzieci.

Wł. Papiewski: **O tężcu noworodków** (*trismus et tetanus neonatorum*).

Pomimo wielkiej względnie statystyki, zebranej w ciągu lat wielu, nie zdaje się zbytecznem zestawiać jak największą liczbę przypadków tężca, tego strasznego cierpienia noworodków, aby z jednej strony oświecać, o ile możności, nowemi spostrzeżeniami stronę etyologiczną i kliniczną, z drugiej terapeutyczną, która, dzięki najnowszym badaniom, staje na coraz ściślej naukowym, racyonalnym a, co za tem idzie, do wyleczenia prowadzącym gruncie.

Z tego założenia wychodząc, zestawia autor 12 przypadków tężca noworodków (z kliniki prof. Eschericha w Gracu), przytacza historye chorób, porównywa je z innemi, roztrząsa szczegółowo etyologię tej choroby, stósunek pojawiania się do wieku, płci, pory roku i t. d. a uwzględniwszy właściwą literaturę, dochodzi wreszcie na podstawie tego do wniosków, które przytaczamy poniżej. Również wyczerpująco traktuje leczenie tężca noworodków. Do niedawnego czasu leczono tężec przypadowo, używano bardzo wielu środków (głównie kalomelu lub chloralu); dopiero jednak nowe odkrycia bakteryologiczne, wyświecenie etyologii cierpienia zwróciło terapię na inne tory. Pierwszym był Sahli, który za pomocą podskórnych wstrzykiwań fizyologicznego roztczynu soli kuchennej (działających moczopędnie) chciał niejako ustrój przemyć, przepłukać i uwolnić od szkodliwych toksyn. Polecił on leczenie to w chorobach zakaźnych, polegających na zatruciu krwi wytworami drobnoustrojów, między innemi także w tężcu noworodków.

Z 12 przypadków opisanych przez P., dwa leczono wstrzykiwaniami według Sahlego; oba zakończyły się śmiercią. Metodą podaną przez Behringa i Kitasatę nie leczono żadnego z opisanych przypadków. Natomiast 3 przypadki poddano leczeniu za pomocą t. zw. antytoksyny (Tizzoni-Cattani), t. j. przetworu otrzymanego z krwi psa immunizowanego przeciw tężcowi. Są to wogóle pierwsze przypadki tężca noworodków tą metodą leczone a jakkolwiek jeden z nich zakończył się wyzdrowieniem, Drowi P. „nie zdaje się, aby na tak pomyślny wynik miało mieć wpływ leczenie tą metodą“.

Ogólne wnioski, do których P. dochodzi, są następujące:

1) tężec przyranny dorosłych, jakkolwiek zasadniczo pod względem przyczyn i przebiegu identyczny z tężcem noworodków, pod względem natężenia wielce się od niego różni;

2) przyczyną tej różnicy w natężeniu jest różna odporność na zakażenie w silnym ustroju dorosłego człowieka a słabym noworodka;

3) nowe metody lecznicze, o ile dziś się przekonano, nie zdaje się, by wywierały jaki niezaprzeczenie pomyślny wpływ w tężcu przyrannym a tem bardziej w tężcu noworodków;

4) przypadki wyleczenia różnemi metodami leczniczemi dadzą się zaliczyć do kategoryi wyleczeń dobrowolnych;

5) tężec noworodków jest bezwarunkowo śmiertelnym, o ile okres jego wylęgania jest krótkim (1—5 dni), możliwym zaś do wyleczenia, jeżeli wylęganie jest dłuższem (nad 6 dni);

6) rokowanie w tężcu przyrannym o krótkim okresie wylęgania bardzo jest zbliżone do rokowania w tężcu noworodków, jednak bezwarunkowo pomyślniejsze.

Ciekawego szczegółów czytelnika odsyłamy do oryginalnej rozprawy, która obok innych zalet, wyczerpującej literatury, odznacza się dobrym językiem. (*Gazeta lekarska. Nr. 30. 1893*). *Dr. J. R.*

Przegląd terapeutyczny.

— Köster donosi o 50 przypadkach róży, które leczył w ten sposób, że na miejsca zajęte przez różę i ich sąsiedztwo nakładał pędzlem warstwę białej wazeliny, na nią przykładał płótno i wszystko obwijał pod miernym uciskiem opaską organtynową. Wazeliną namazywano po dwa razy dziennie nie odmieniając płótna ani organtyny. Skutek był bardzo pomyślny, bo gorączka ustępywała zwykle po 2 do 3 dniach, niekiedy już po jednej nocy. Köster zwraca uwagę, że jego sposób leczenia róży jest prosty, niebolesny, bezpieczny i nie drażni skóry. (*Cntblatt für klin. Med. 38. 1893.*)

— Kwestyi wsysania przez skórę nauka dotychczas stanowczo nie załatwiła. Gdy jedni zaprzeczają, by przez skórę dostawały się do ustroju substancye lecznicze, twierdzą inni, że wsysanie odbywa się przez skórę i że tą drogą można wprowadzić do organizmu pewne leki w takiej ilości, iż wystąpi ich działanie swoiste. Munk zabił królika zanurzywszy go do roztczynu strychniny, użył atoli do pomocy jeszcze prądu galwanicznego.

W ogólności można powiedzieć, że roztczyny soli nie przechodzą przez skórę nienaruszoną; natomiast nie ulega wątpliwości, że substancye rozpuszczające lub w inny sposób zmieniające przyskórek, jak jod, fenole, resorcyna a szczególniej kwas salicylowy przechodzą przez skórę w ilości nawet dosyć znacznej.

Prof. Bourget w Lozannie robił w tej mierze doświadczenia z jodem i kwasem salicylowym, jako ciałami najłatwiejszemi do wessania i do wykrycia następnie w moczu i przekonał się równie, jak przed nim Unna, Jahl, A. Ritter, Ingria i inni, że kwas salicylowy użyty w postaci mięszaniny z olejkiem migdałowym przechodzi już po 3 godzinach do moczu i daje się w nim wykazać wyraźnie.

Ażeby dojść, jaki ma wpływ na wessanie kwasu salicylowego substancya użyta do jego zarobienia, sporządził sobie Bourget 10% maści salicylowe: z maścią glicerynową, 2) z wazeliną, 3) z tłuszczem wieprzowym, 4) z tłuszczem wieprzowym, lanoliną i olejkiem terpentynowym i smarował niemi skórę w okolicy głównych stawów.

Obecność kwasu salicylowego w moczu poznać można po tem, że mocz kwasem siarkowym zakwaszony i z eterem siarczanym kłócony oddaje kwas salicylowy eterowi, z którego otrzymać go można przez odparowanie. Pozostałość rozpuszczona w wodzie daje po dodaniu kropli roztczynu półtorachlorku żelaza mocne, piękne zabarwienie fiołkowe, widoczne nawet w obecności bardzo małych ilości kwasu salicylowego.

Otóż z tych doświadczeń z 10% maściami salicylowemi wypada, iż kwas salicylowy ukazuje się po ich użyciu w moczu rychlej lub później i w rozmaitej ilości, wyno-

szącej po 24 godzinach dla maści glicerynowej, wazelinowej i dla maści z prostego tłuszczu wieprzowego od 0·003 do 0·24 kwasu salicylowego na 10·00 użytych na skórę. Natomiast za użyciem maści zrobionej z

Acidi salicylici
Lanolini
Olei terebinthinae āā 10·00
Axungiae porci 100·00

okazuje się po 24 godzinach od 0·20 do 1·40 kwasu salicylowego w moczu.

Ta różnica we wsysaniu kwasu salicylowego przez skórę zależy, jak się przekonał Bourget, od wieku, płci, zdrowia osoby do doświadczenia użytej tudzież wielkości skóry nasmarowanej i okolicy ciała. U kobiet, osób młodszych, dobrze odżywionych przechodzi kwasu salicylowego przez skórę więcej, niż u osób starszych, mężczyzn i ludzi mających skórę suchą, źle odżywioną. Co do okolicy ciała, najwięcej dostaje się kwasu salicylowego przez skórę w okolicy wielkich stawów a mianowicie kolan.

Otóż na podstawie tych doświadczeń używał B. kwasu salicylowego zewnętrznie na chore stawy w przypadkach ostrego gośćca stawowego i przekonał się, że w ten sposób użyty działa kwas salicylowy bardzo korzystnie, bo zmniejsza rychło bóle i obrzmienie tudzież obniża gorączkę.

Bardzo podobnie działał kwas salicylowy zewnętrznie użyty w postrzale (*lumbago*) i rwie kulszowej (*ischias*).

Na wiewiórowy gościec stawowy okazało się zewnętrzne użycie kwasu salicylowego bez wpływu. (*Ther. Mtshefte. Listopad. 1893.*)

— Na podstawie własnego doświadczenia zaleca Wood w czerwonce wprowadzanie czopków z lodu wprost do odbytnicy. Czopki te należy wsuwać w ciągu 1—1½ godziny co 3 lub 4 minuty. (*Blätter für klin. Hydrotherapie. Maj. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Profesor Fournier w Paryżu zaleca na świerzb (*scabies*) mazidło:

142) Rp. *Glycerini* 200·00
Gummi tragacanthae 5·00
Florum sulfuris 100·00
Kali carbonici 35·00
Olei menthae
Olei lavandulae
Olei vanillae āā 1·50

Przeciwko łysieniu i włosowzrostowi niszczącemu (*trichophyton tonsurans*) zaleca Broco:

143) Rp. *Acidi carbolici*
Chlorali
Ttrae jodi āā 100·00

W łysieniu raz, przeciw włosowzrostowi niszczącemu 3—4 razy tygodniowo pomazywać pędzlem części skóry chore, dopóki skóra dosyć mocno nie zadraźni się.

Przeciwko swędzeniu w pokrzywce i innych chorobach skórnych zaleca Bourdeaux nacierania płynem:

144) Rp. *Aquae calcis*
Aquae laurocerasi
Glycerini āā 100·00

a następnie obwinięcie cienką warstwą waty.

(*Mtshefte für pract. Derm. 2. 1893*).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XIII. Posiedzenie z dnia 27. października 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Stachiewicz roztrząsa symptomatologię i leczenie polipów nosowych i przedstawia dwóch chorych *a*) kol. B., u którego wyjął znaczną ilość polipów nosowych i dolną małżowinę; *b*) chorego, u którego przed 2½ laty wyjął 62 polipów. Obecnie stan chorego przedstawia się zadowalniająco. Równocześnie przedstawia preparaty polipów wyjętych.

3) Kol. Krokiewicz miał zapowiedziany wykład *o zarazku cholery azyatyckiej*. Po krótkiem omówieniu symptomatologii i patogenezy i przedstawieniu obrazu sekcyjnego przedstawia hodowle choleryczne na pożywce bulionowej, żelatynowej, agarowej i na ziemniakach w różnych okresach rozwoju, dalej demonstruje obrazy mikroskopowe i odczyn barwika różowego cholery i ocenia krytycznie wartość odczynu czerwieni cholerycznej (*Choleraroth*) na podstawie przeszło 120 przypadków badanych w Galicyi podczas tegorocznej epidemii. Jako najważniejszy wynik swoich badań uważa kol. K., że we wszystkich (przeszło 120), badanych przypadkach cholery azyatyckiej, znalazł prątki przecinkowe Kocha.

Kol. Opolski opisuje przypadek obserwowany w swoim oddziale w szpitalu, w którym obraz chorobowy kliniczny i anatomiczny był łudząco podobny do cholery tak, że kol. Krokiewicz podczas sekcyi przypuszczał w przypadku tym cholerę azyatycką. Badanie bakteryologiczne jednakże nie wykazało prątków przecinkowych, wskutek czego wykluczono cholerę azyatycką.

Kol. Obtułowicz na podstawie własnych spostrzeżeń popiera wywody prelegenta i wykazuje, że w wielu przypadkach ostrego nieżytu przewodu pokarmowego jedynie badanie bakteryologiczne rozstrzygnąć może kwestyę, czy mamy do czynienia z cholerą azyatycką, czy też z cholerą swojską. I tak: w roku ubiegłym kol. O. zawezwany do 72-letniej Maryi W., wykrył u niej wszystkie przypadłości cechujące okres zamartwiczy cholery a po śmierci robiąc obdukcyę wraz z kol. Feiglem, stwierdził również wszystkie objawy pośmiertne, cechujące zazwyczaj cholerę azyatycką. Mimo to badanie bakteryologiczne, podjęte przez kol. Krokiewicza wespół z kol. Feiglem, wykazało brak przecinkowców Kocha i przypadek ten uznano za cholerę swojską, co zupełnie zgadzało się z wynikami badań, które wykazywały, że zmarła staruszka od lat kilkunastu Lwowa nie opuszczała i z chorymi na cholerę nigdy nie stykała się. Mimo to przebieg cholery swojskiej był u niej gwałtownym a śmierć nastąpiła w ciągu 18 godzin.

Podobnież rzecz się miała z przypadkiem cholery u 13-letniego chłopca w Rawie ruskiej, gdzie śmierć nastąpiła w ciągu kilku godzin, wśród przypadów wzbudzających podejrzenie cholery azyatyckiej; obdukcya wykazała dławcowe ostre zapalenie przewodu pokarmowego a badanie bakteryologiczne przez kol. Krokiewicza nie wykazało prątków przecinkowych i rozstrzygnęło kwestyę na korzyść cholery swojskiej. W obu przypadkach nie zdarzył się potem żaden przypadek cholery azyatyckiej.

W ostatnich miesiącach miał kol. O. sposobność dokonania 5 obdukcyj skutkiem otrucia grzybami, gdzie śmierć w ciągu kilkunastu godzin nastąpiła. Ostre zapalenie żołądka i jelit, silne nastrzykanie otrzewnej ściennej i jelitowej z odcieniem fiołkowym były nader wybitne a przecież tu mowy o cholerze nie było. (*Ref. własny*).

Kol. Wiczkowski zastanawia się nad reakcyą czerwieni cholerycznej. Jest to zwykły odczyn indolu, jednego z produktów gnicia istot białkowatych. Ten sam indol napotykamy w moczu jako prawidłowy składnik a miejscem tworzenia się jego są jelita cienkie. W kale cholerycznych pierwszy Virchow dostrzegł reakcyę różowo-czerwoną po dodaniu kwasu azotowego, za nim Poehl, Bujwid, Brieger także w hodowlach cholerycznych. Salkowski wyjaśnił naturę reakcyi, którą daje indol tylko w obecności **kwasu azotawego i azotynów powstających przez utlenie-**

nie się amoniaku pod wpływem działania prątków cholerycznych. Inne bakterye, n. p. gnilne, tworzą wprawdzie indol, lecz oraz odtleniają azotyny na amoniak, przeto tej reakcyi nie okazują za dodaniem samego czystego kwasu mineralnego. Do udania się odczynu w hodowlach cholerycznych, konieczne są pewne warunki: kultura musi być czystą, wolną od innych bakteryj, mogących działać odtleniająco na azotyny, musi być uskutecznioną przy dostatecznym dostępie powietrza, nie powinna być zbyt młodą. Do wywołania odczynu należy się posługiwać chemicznie czystemi odczynnikami, mianowicie kwas siarkowy i azotowy nie mogą zawierać żadnej domieszki kwasu azotawego a wreszcie pepton używany do hodowli ma być wolny od wszelkich produktów, jak albumozy, które łatwo utworzyć się mogą przy fabrykacyi peptonu. Mimo zachowania tych ostrożności przecież nie zawsze udało się wywołać powyższą reakcyę w hodowlach cholerycznych (Fraenkel, Petri), jakkolwiek inne dowody przemawiały niewątpliwie za cholerą. (*Ref. własny*).

Kol. Wernicki zwraca uwagę na to, że u zmarłych na cholerę wśród objawów mocznicy znajdujemy we krwi znaczną ilość mocznika. Zdaniem kol. W. najbliższą przyczyną objawów cholerycznych są albuminotoksyny, ptomainy zaś nie mogą wywoływać objawów typowych, jak cholera. Azotyny również nie mogą być przyczyną objawów cholerycznych, ponieważ powstają dopiero w dejektach wskutek rozpadu albuminotoksynów pod wpływem tlenu powietrza? (*Streszczenie autoreferatu*).

Nadto w dyskusyi przemawiali koll. Schramm, Pisek, Bałłaban i Krokiewicz.

4) Kol. Wiczkowski przedstawia 2 preparaty anatomiczne: a) *Hernia diaphragmatica accreta*, b) *Struma maligna* z licznemi przerzutami w płucach, wątrobie, mięśniu sercowym, w nerkach, macicy i wielokrotne guzy w żołądku.

W dyskusyi kol. Kadyi podaje, że znajdował takie guzy u psów w gruczole tarczykowym z przerzutami w płucach i innych narządach. Badanie drobnowidowe guzów przerzutowych wykazywało budowę gruczołu tarczykowego.

Kol. Wiczkowski w danym przypadku drobnowidem nie badał.

5) Kol. Pawlikowski przedstawia sprawozdanie z 3 ostatnich miesięcy o stanie zdrowotnym miasta.

Na tem posiedzenie zakończono.

XIV. Posiedzenie z dnia 10. listopada 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 35.

---

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. prof. Kadyi mówi *o przypadku złamania wyrostka zębowego obrotnika* (*dens epistrophei*). Chora była dwukrotnie w leczeniu szpitalnem i umarła w szpitalu na gruźlicę płuc. W historyi choroby niema żadnej wzmianki o objawach wskazujących na wspomniane uszkodzenie i dostrzeżono je dopiero przypadkiem po wymacerowaniu kośćca. Kol. K. omawia szczegółowo anatomię i symptomatologię i przytacza odpowiednie przypadki z literatury; w końcu wyłożył własną teoryę powstawania złamania wyrostka zębowego obrotnika, wedle której wyrostek ten przez pewne kombinacye przechylenia głowy z obrotem około osi odrywa się od trzonu obrotnika. (*Rzecz będzie ogłoszoną w szczegółowem opracowaniu*).

Kol. Wehr jest również zdania, że złamanie niewątpliwie powstało za życia. Być może jednakże, że sprawa ta polega na tle gruźliczem. Wskutek ogniska gruźliczego w wyrostku zębowym może już nieznaczny uraz wystarczył do jego złamania.

Kol. Schramm nie może się zgodzić na zapatrywanie kol. Wehra; w sprawie gruźliczej bowiem powierzchnia odłamów musiałaby być chropowatą, nadżartą, gdy w przedstawionym preparacie powierzchnia ta jest w kilku miejscach nawet wyraźnie wygładzona. Ropień gruźliczy byłby za życia wywołał upośledzenie ruchomości, którego nie możnaby przeoczyć.

Kol. Kadyi sądzi, że niema żadnej podstawy do przypuszczenia sprawy gruzliczej w kości, z przyczyn już przytoczonych przez kol. Schramma. W sąsiednich stawach i kościach niema także najmniejszych zmian. Historya choroby również przemawia przeciwko takiemu pojmowaniu sprawy. Chora była dwukrotnie w szpitalu i była badana dokładnie pod każdym względem. Gruźlicę można było wykazać dopiero na kilka tygodni przed śmiercią, gdy przedtem obraz chorobowy był niejasny tak, że przypuszczano dur. Z tego wynika, że gruźlica miała przebieg przyostry i krótko trwała, gdy złamanie zęba obrotnikowego jest dawne a może bardzo dawne. Złamanie nie mogło przeto być następstwem gruźlicy, która wystąpiła później, gdy złamanie to dawno się już zgoiło.

Kol. Prus zgadza się w zupełności z zapatrywaniem się Prelegenta, że sprawa chorobowa w kręgu szyjnym drugim nie odbywała się na tle gruźliczem i zwraca uwagę, że wyrostek zębowy w chwili złamania przez działanie napiętych więzadeł pozostaje w położeniu pionowem, będąc tylko skręconym około osi, czem właśnie tłómaczy się brak objawów chorobowych ze strony rdzenia przedłużonego w wielu przypadkach. Dopiero gdy przez odpowiedni ruch głowy, n. p. schylenie odłamany wyrostek zębowy z położenia pionowego wprowadzonym zostanie w położenie skośne lub poziome, przychodzi do skutku uciśnienie, względnie zmiażdżenie rdzenia przedłużonego a w następstwie tego różne objawy chorobowe lub nawet nagła śmierć.

3) Kol. Selcer przedstawia preparat z przypadku pęknięcia prawej komory serca, wskutek spadnięcia do piwnicy.

4) Kol. Krygowski mówi *o przypadku promienicy klatki piersiowej* i przedstawia ropę i preparat drobnowidowy sporządzony przez kol. Barącza. Chory 60 l., malarz pokojowy. Choroba rozpoczęła się objawami zapalenia opłucnej przed 3 miesiącami. Obecnie wykazać można ropień na klatce piersiowej, stłumienie w szczycie i nad dolną częścią klatki piersiowej z osłabieniem przewodzenia głosu. Punkcya próbna nie wykazała żadnego wysięku w opłucnej.

Kol. Barącz sądzi, że prawdopodobnie rozchodzi się w tym przypadku o pierwotną promienicę płuc, która następnie zajęła opłucną a wreszcie klatkę piersiową. Z pracowni Birch-Hirschfelda opisano przypadek promienicy płuc, w którym znaleziono w szczycie kawałek kłosa. W danym przypadku możnaby przypuścić podobny rozwój sprawy chorobowej, która w płucach i opłucnej doprowadziła do zabliźnienia a obecnie rozwija się na klatce piersiowej.

Kol. Gluziński jest również zdania, że retrakcya szczytu płuca i zrosty opłucnowe są wynikiem tej samej sprawy chorobowej. która obecnie przeszła na klatkę piersiową.

Kol. Wehr wspomina o przypadku obserwowanym przez kol. Barącza, w którym infekcya ze szczytu płuca poszła dalej wzdłuż przełyku do śródpiersia (*mediastinum*) a następnie na klatkę piersiową.

Kol. Barącz zwraca uwagę, że w danym przypadku nie było żadnych objawów ze strony przełyku.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Bory.*

VII. Posner: W sprawie doli lekarzy.

Na pogorszenie bytu lekarzy w ostatnich czasach wpłynęły:

1. Stósunki ogólne; obniżyła się wartość pieniędzy a koszta utrzymania stają się coraz wyższe, natomiast wynagradzanie usług lekarskich wcale stósownie się nie podwyższa; państwo i władze, wyznaczając niestósunkowo niskie pensye dla podwładnych sobie lekarzy, przyczyniają się tem samem pośrednio i do ogólnego obniżenia wartości funkcyj lekarskich.

2. Przepełnienie stanu lekarskiego występuje podobnie, jak i w innych zawodach; przestrzeganie przed wpisywaniem się na medycynę nie odnosi skutku a garnięcie się do stanu lekarskiego ustanie samo przez się w miarę ogólnego obniżenia się dochodów lekarzy.

3. Społeczne ustawodawstwo; w dbałości o niezamożnych potworzono towarzystwa, w których za „zniżone“ ceny mnóstwo pacyentów tłumnie oblega lekarzy, zbyt miernie za swe usługi wynagradzanych; co więcej, wyboru lekarza

zwykle nie pozostawia się do woli pacyentowi, któremu z góry poleca się udać się do pewnego lekarza, z pominięciem innych.

4) Prywatne polikliniki, w których leczy się wiele osób i to bezpłatnie; tracą przeto na materyale kliniki uniwersyteckie a pośrednio i uczniowie tych klinik, wreszcie owe polikliniki przedstawiają interes wyłącznie miejscowy dla wielkich miast z pominięciem prowincyi. Z tych przeto względów kwestyi poliklinik prywatnych wcale nie można uważać dotychczas za załatwioną.

5) Partactwo, z dawien dawna praktykowane, wprowadzając rozmaite „cudowne“ środki, skłania, zwłaszcza niewykształconych lub zabobonnych, do leczenia się na własną rękę, bez odwoływania się do porady lekarza.

6) Za daleko idące zapewnienia, obiecujące ochronę a nawet wyleczenie z cholery, gruźlicy, raka i t. p., kończące się zaś *de facto* rezultatem niepomyślnym, osłabiają tylko wiarę społeczeństwa w wiedzę lekarską i obniżają powagę stanu.

Wszystkie te zewnętrzne przyczyny występują *mutatis mutandis* i w innych wolnych zawodach, jak u budowniczych, artystów, nauczycieli prywatnych i t. d. Po za tymi wszakże należy uwzględnić i w samymże stanie, że w miejsce lekarzy w ścisłem słowa znaczeniu coraz to więcej jest badaczy, uczonych, specyalistów, kształconych pod względem raczej teoretycznym, więcej obciążonych wiadomościami książkowemi, niż obznajomionych z praktyką życiową, mających spieszyć z istotną pomocą cierpiącym. Wina w tem klinik, w których nieraz za mało jest zetknięcia się profesora z uczniami a uczniów z chorym, wina profesorów, którzy zbyt wiele od ucznia wymagają w swojej wyłącznie specyalności, bez oglądania się na inne, współrzędne przedmioty, wina wreszcie uczniów, garnących się z własną szkodą do pierwszorzędnych, wielkich zakładów naukowych a pomijających mniejsze.

Szybki rozwój rozmaitych gałęzi medycyny wymaga coraz to dłuższej pracy naukowej, służby szpitalnej, reformy studyów i t. d.; szkoła natomiast winna dać adeptowi podstawy do zoryentowania się w postępie nauk a oraz do rozwinięcia indywidualnych zdolności.

Wobec coraz to nowych badań i odkryć naukowych w zakresie etyologii i terapii chorób, poziom inteligencyi i zawodowego wykształcenia lekarzy bynajmniej nie obniża się a i stan sam wcale nie mniejsze, niż dawniej, oddaje społeczeństwu usługi; poprawy zatem doli lekarzy należy szukać w okolicznościach zewnętrznych, wszakże przy zgodnym ich, niestrudzonym a rozważnym postępie. (*Berl. klin. Wochschr. 1893. Nr. 41*).] *Dr. Leopold Kosiński.*

VIII. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Komitet polski XI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Rzymie, na podstawie pisma sekretarza generalnego prof. Maragliano, podaje do wiadomości Szanownych Kolegów dalszy szereg postanowień, odnoszących się do zjazdu. I tak: ostatecznym terminem do zgłaszania się z wykładami jest dzień 31. stycznia 1894 r. Zgłaszającego się z tytułem odczytu uprasza się, aby równocześnie przesłał jak najtreściwszy wyciąg wraz z wnioskami pod adresem generalnego sekretarza, prof. Maragliano w Genui. Streszczenia te, wydrukowane staraniem Komitetu, rozdane będą członkom zjazdu. Program zawierać będzie tytuły wszystkich zapowiedzianych wykładów. Koleje żelazne przyznały zniżenia ceny dla członków, ważne od 1. marca do 30. kwietnia 1894 r.

Zapowiedzenia odczytów (wraz z streszczeniem) można również przesyłać do Komitetu polskiego w Krakowie pod adresem przewodniczącego.

Przewodniczący: *N. Cybulski*, Kraków, ul. Szczepańska 11. Sekretarz: *P. Radecki.*

— Z inicyatywy Dra Zawadzińskiego, lekarza powiatowego w Wadowicach, odbył się przed kilkoma tygodniami w Oświęcimie zjazd lekarzy z powiatów Bialskiego, Chrzanowskiego, Wadowickiego i Żywieckiego, celem porozumienia się co do zawiązania Sekcyi wadowickiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. — Przybyli koll.: Dworzański z Kęt, Gęślak z Zebrzydowic, Goedl z Wadowic, Klein z Chrzanowa, Klein z Rajczy, Łucki z Oświęcima, Niezabitowski z Suchej, Nycz z Białej, Opydo z Wadowic, Schlank i Ślosarczyk z Oświęcima i Zawadziński z Wadowic. Po odpowiedniem uzasadnieniu wniosku przez kol. Zawadzińskiego, zgodzono się jednogłośnie na poruszoną myśl i upoważniono wnioskodawcę, aby celem ukonstytuowania się, zaprosił w jaknajkrótszym czasie wszystkich Kolegów do Wadowic.

Przy tej sposobności Dr. Łucki okazał cały szereg stopniowego rozwoju hodowli cholerycznych oraz podobnych jej drobnoustrojów na żelatynie, agarze i ziemniakach, oraz świeżo przyrządzone i barwione preparaty mikroskopowe, jakoteż ruch prątków cholerycznych w wiszącej kropli. Przedstawił również kompletny zbiór przyrządów do bakteryologii służących. — Po demonstracyi wywiązała się ożywiona dyskusya, w której brali udział prawie wszyscy Koledzy.

— Druk ginekologii Dra Bylickiego ze Lwowa, podjęty staraniem i nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, postępuje naprzód raźno. Całe dzieło obejmować będzie około 40 arkuszy druku. Dotąd wydrukowanych jest 30 arkuszy. Dzieło to ozdobione będzie stukilkudziesięcioma rycinami i zostanie rozesłane Członkom i Prenumeratorom Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie jako bezpłatne premium za r. 1894.

— Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego paryskiego zdał Suffier sprawę z przebiegu przypadku gruźlicy płucnej, wyleczonej przez resekcyę płuca. U pacyenta, o którego chodzi, nacięto drugie międzyżebrze i po dokładnem zbadaniu podwiązano i odcięto szczyt chorego, prawego płuca. Zbadanie anatomiczne odciętego kawałka wykazało mnóstwo gruzełków a w nich właściwe prątki. Rana operacyjna zagoiła się bardzo rychło a już 9. dnia po operacyi prawe płuco oddychało zupełnie dobrze. Stan pacyenta, który wkrótce wrócił do swej pracy zawodowej, jest obecnie, po dwóch latach od operacyi, wcale dobry: nie cierpi on ani na kaszel ani na plucie krwią, może biegać, pracować ciężko bez zadyszania się, przybrał 16 kilogramów na wadze a ruchy oddechowe klatki piersiowej są po stronie prawej równie obszerne, jak po lewej.

— W Koblencyi toczyła się walka między miejscową kasą chorych robotników a tamtejszem Towarzystwem lekarskiem. Dyrekcya kasy (a właściwie jej przewodniczący) wymagała, aby członkowie leczyli się wyłącznie u oznaczonych z góry lekarzy, Towarzystwo zaś lekarskie widziało w tem pokrzywdzenie interesu swych członków i żądało, by członkowie owej kasy mieli prawo wolnego wyboru lekarza. Gdy wszelkie pertraktacye nie doprowadziły do porozumienia się, zagrozili lekarze koblenccy wszyscy z wyjątkiem jednego, iż od 1. stycznia 1894. przestaną udzielać rady lekarskiej członkom kasy, jeżeli kasa nie zgodzi się, by jej członkowie sami sobie wybierali lekarzy. To poskutkowało. W dniu 12. listopada odbyło się walne zgromadzenie członków kasy, na którem nietylko nie wybrano dotychczasowego przewodniczącego, ale ogromną większością głosów przyznano członkom prawo swobodnego wyboru dla siebie lekarzy.

— Dr. Overlach sławi w nrze 48. *Deut. med. Wochschr.* pomyślne działanie w bólu głowy połowiczym czyli migrenie (w dawce po 1·10 grm., czemu nie po 1·00?) nowego przetworu wyrabianego w znanej fabryce dawniej Meistera, obecnie Luciusa i Brüninga w Höchst nad Menem, tak zwanej migreniny, która składa się z połączenia w pewnym stósunku (mechanicznego czy

chemicznego, rzecz jeszcze nie rozstrzygnięta) antypiryny, kwasu cytrynowego i kofeiny.

— W Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu zaprowadzono temi czasy nowe rozporządzenie, iż wybór miejsca służbowego dla ukończonych jej wychowańców zależeć będzie teraz nie od losu, ale od klasyfikacyi postępu w naukach. Ten, który ma najlepsze cenzury, ma pierwszy prawo swobodnego wyboru między wolnemi miejscami, po nim idzie następny w cenzurach i t. d. W razie równości cenzur ma prawo pierwszeństwa ten, który w ubiegłych latach miał lepsze postępy. Ci nakoniec, którzy nie złożyli egzaminów w przepisanym terminie, zależeć będą zupełnie od dyspozycyi naczelnego zarządu wojenno-lekarskiego.

— Do rozpoznania mięsa zepsutego poleca Eber odczynnik złożony z 1 części kwasu solnego, 1 części eteru i 3 części alkoholu. Jeżeli po zbliżeniu do mięsa pręcika szklanego płynem tym zwilżonego powstanie mgła (z przyczyny wytwarzania się salmiaku), to nie ma wątpliwości, iż mięso jest zepsute i do żadnego użytku dla ludzi nieprzydatne.

— W r. 1892 umarło w gubernii woroneskiej w Rosyi 8 osób mających więcej, niż po 100 lat a mianowicie 130, 113, 110, 104, 103 lat i 3 osoby po 105 lat. Między niemi było 5 mężczyzn a 3 kobiety i z wyjątkiem jednego podoficera, zmarłego w 113. roku życia, wszystkie te osoby należały do stanu włościańskiego.

Na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* w dalszym ciągu: Dr. Adolf Wurst w Kałuszu 1 złr., Dr. A. Jaworowski w Lublinie za siebie i za towarzyszy 8 rubli, Dr. Jabłonowski w Burgas w Bułgaryi 20 franków.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6-go grudnia b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Demonstracya kol. prof. Marsa; 2) Wykład kol. prof. Jakubowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.